Przyczynek do chirurgii jelit. Resekcyja znacznéj części jelita (36 cm.) w przypadku przepukliny uwięźniętéj zgorzelą dotkniętéj. Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

Jak postąpić sobie wypada w przypadku uwięźniętéj przepukliny zgorzelinowéj, jest dotąd sprawą nierozstrzygniętą; jedni chirurdzy radzą w tych przypadkach, według dawnego sposobu, zakładać sztuczną odbytnicę i dopiero późniéj resekować lub za pomocą kleszczy jelitowych Dupuytrena usuwać sztuczną odbytnicę, inni resekować natychmiast i pogłębiać zeszyte jelito. Kwestyja ta zostanie rozwiązaną zdaje się dopiero w przyszłości z uzupełnieniem statystyki odnośnéj obu operacyj: resekcyi pierwotnéj i założenia sztucznéj odbytnicy z resekcyją następową; dotychczasowa statystyka wykazywała lepsze wyniki z resekcyi następowéj w obec znacznéj stosunkowo liczby niekorzystnych wyników resekcyi pierwotnéj. Najracyjonalniejszém wydaje mi się zdanie wypowiedziane przez Czernego względem resekcyi pierwotnéj: „granice wskazań do téj operacyi dadzą się dopiero oznaczyć, skoro rozleglejsze doświadczenie i lepsza technika operacyjna, wartość resekcyi jelita podniosą". Te-

chnika operacyjna wiele jeszcze pozostawia do życzenia, za to antyseptyka zrobiła olbrzymie postępy i tato ostatnia okoliczność usprawiedliwić może chirurgów, którzy ważyli się na wykonanie resekcyi pierwotnéj wobec zgorzeli jelita uwięźniętego. Że udoskonalonéj antyseptyce zawdzięczać mamy w wielkiéj części udanie się téj operacyi, najlepiéj nam to udowodni porównanie dawniejszych dat statystycznych téj operacyi z nowszemi.

I tak Jaffe (*Sammlung klin. Vortr.* Nr. 201, pag. 1691) zebrać mógł w r. 1881 16 przypadków w ten sposób operowanych z wyleczeniem w 7, a więc około 44% wyleczonych; dodaje jednak, „że jeżeli doliczymy nieogłoszone przypadki z zejściem śmiertelném, cyfra śmiertelności wypadnie wyższą niż 56%“.

Rydygier (*Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 43, p. 634—635) zebrał 31 przypadków resekcyi jelit dla przepukliny zgorzelinowéj, z tych 8 tylko wyleczonych, a więc zaledwie 25% wyleczonych. Makins (*The Brit. med. Journ.* April 1885, p. 839) w Anglii zebrał 55 przypadków resekcyi jelita dla zgorzeli; procent śmiertelności wynosił 52%, w 40 przypadkach resekcyi dla sztucznéj odbytnicy procent śmiertelności wynosił tylko 38%.

P. Reichel (*Deutsche Zeitschr. f. Chirur.* t. XIX, z 3 i *Berl. klin. Woch.* 1884, p. 577) z Wrocławia, zebrał razem statystykę Rydygiera i Madelunga i naliczył 121 przypadków resekcyj, z tych w 37 wykonano resekcyję z powodu *anus praeternaturalis*, albo przetoki kałowéj, z zupełném wyleczeniem w 21 przypadkach, z nieudaniem się operacyi w 2 przypadkach (przetoka kałowa pozostała) i z zejściem śmiertelném w 14 przypadkach; więc 21 wyleczeń przypadło na 16 przypadków nieudałych. Z 56 przypadków operowanych z powodu przepukliny zgorzelinowéj, w 24 nastąpiło wygojenie zupełne, w 3 przetoki kałowe pozostały, 29 przypadków zaś zakończyło się śmiercią chorych; wynik więc zupełnie korzystny osiągnięto w 24 przypadkach, w 3 wynik był niezupełnym a w 29 operacyja się nie udała; w 10 przypadkach operowano w ten

sposób dla wyłuszczenia złośliwych nowotworów z zejściem śmiertelném w 5; w 8 operowano z powodu zatkania jelit: z tych 6 umarło, 2 wyzdrowiało; 10 z powodu zranienia jelit: z tych 4 umarło, 6 wyzdrowiało. W ogóle wykonano więc według Reichela (aż do czasu jego ogłoszenia) 121 resekcyj jelit z wyleczeniem w 57 (13 było powikłanych z wytworzeniem się przetoki kałowéj na czas krótki), w 5 pozostała przetoka kałowa trwale, 58 przypadków zakończyło się śmiercią, a w jednym wynik jest nieznanym.

Na podstawie powyższego zestawienia Reichela przypada 21 wyników korzystnych na 16 niekorzystnych. Reichel skłania się ku zarzuceniu metody staréj, pomimo, że sam nieświetne osiągnął wyniki z resekcyi (stracił 5 chorych na 9 operowanych!)

Mając niedawno sposobność wykonania pierwotnéj resekcyi w przypadku przepukliny zgorzelą dotkniętéj na oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala powszechnego, w zastępstwie prymaryjusza tegoż Dra Ziembickiego, za co Mu wielce jestem obowiązany, uważam za stósowne podać tu historyję choroby naszego przypadku.

Kiryło Irymiec, wyrobnik z Zawidowic, liczący lat 41, miał od lat niepamiętnych przepuklinę pachwinową prawą, wolną, wielkości jaja kurzego; podtrzymywał ją zawsze pelotą. Dnia 2 sierpnia rb. uderzony został w przepuklinę i obalony przewracającym się na bok wozem naładowanym sianem. W téj chwili obrzęk w pachwinie powiększył się do wielkości głowy dziecięcéj, chory dostał silnego bólu w tymże utrzymującego się dotychczas wśród zaczerwienienia i napięcia powierzchni tegoż; równocześnie wystąpiły mdłości i kilkorazowe wymioty. Wśród tych przypadów przyjęto chorego na oddział chirurgiczny 4/8 rano. Badanie wykazało u mężczyzny średniego wzrostu, dobrze zbudowanego, twarzy ogorzałéj nieco zapadłéj, oczach połyskujących, guz kulisty nieruchomy wielkości prawie głowy dorosłego mężczyzny, zajmujący okolicę pachwinową i mosznową prawą. Z przodu guza zauważyć można drugie wypuklenie kształtu i wielko-

ści jaja kurzego. Guz w całości jest przy omacywaniu mocno bolesny, odgłos wypukowy nad nim bębenkowy, skóra zaczerwieniona, obrzękła, połyskująca, a ciepłota jéj zwiększona, przyczém skóra w fałd ująć się nie daje. Nasada guza wypełnia szczelnie kanał pachwinowy; chory ma ciągłe mdłości i od czasu do czasu wymiotuje kałem; tętno 100, słabe, ciepłota 38·4. W obec takiego stanu było rzeczą jasną, że mieliśmy przed sobą przepuklinę pachwinową wielkich rozmiarów uwięźniętą, ze znacznym naciekiem zapalnym części otaczających.

Zaraz po przyjęciu chorego kilkakrotnie próbowano uskutecznić *taxis*, ale wszelkie zabiegi były nadaremnemi. Polecono następnie okłady ciepłe często odmieniane na okolicę guza, a w razie gdyby tenże pod niemi do wieczora nie zmalał, postanowiono przystąpić do herniotomii, którą téż tegoż dnia (4/8) o godzinie 5½ wieczorem przy łaskawéj asystencyi Drów Lateinera, Dursta i Węgrzyńskiego wykonałem. W głębokiéj narkozie chloroformowéj i po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego poprowadziłem cięcie ukośne ku mosznom na wypukłości guza i warstwowo na zgłębniku rowkowanym przeciąłem części miękkie aż do worka przepuklinowego, podwiązano przy tém kilka tryskających tętniczek. W worku przepuklinowym mocno cuchnącym wśród znacznéj ilości wody przepuklinowéj i baniek powietrza, przebijało czerwono zabarwione jelito; po otwarciu worka przepuklinowego wypadła pętla jelita mocno cuchnąca, ciemno-wiśniowo prawie czarno zabarwiona, nieokazująca ani śladu żywotności. Wprowadzono ostrożnie na palcu herniotom i przecięto ku górze wiąz Pouparta; następnie wydobyto ostrożnie z jamy brzusznéj dowodzącą i odwodzącą część zdrowego jelita, głębokim rowkiem obustronnie odznaczonego od obumarłego i przystąpiono po niedługiém wahaniu do resekcyi jelita i krezki. W tym celu część krezki odpowiadającą obumarłéj kiszce naciekłą do grubości 1½ cm. podwiązano za pomocą kilku podwiązek z grubego katgutu (Nr. 6) po poprzedniém wytworzeniu rowka za pomocą kleszczy Péana starając się podwiązać ją kolisto; na obwo-

dowej stronie podwiązek odpalono część krezki zgrubiałą w tém miejscu do grubości 1½cm. termokauterem Paquelina na długości około 8cm. (wierzchołek klina), któremto ostatniém narzędziem wstrzymano zupełnie krwawienie występujące mimo tak silnych podwiązek! Jelito zdrowe ujęto obustronnie o ile można najdaléj od części chorych w wielkie kleszcze Péana o długich końcach powleczonych drenami i oddano w ręce asystenta. Następnie w odległości 2cm. od miejsc zgorzelą dotkniętych przecięto obustronnie kiszkę pionowo do osi i resztę krezki po podwiązaniu obustronném, miejsca krwawiące krezki podwiązano dokładnie. Ponieważ górna część resekowanéj kiszki okazała się nieżywotną a jéj błona śluzowa przedstawiała miejscami nacieki zielonawo szare resekowano ją więc powtórnie o 2cm. wyżéj. Po oczyszczeniu wacikami sublimatowemi resekowanych części i podłożenia pod nie gazy jodoformowéj przystąpiono do enterorafii (którą już wykonać musiano przy ściennéj naftowéj lampie). Po zbliżeniu do siebie obu części jelita górna część tegoż przedstawiała 2 razy większe światło niż dolna. Założono około 20 szwów wewnętrznych Czernego zakładając przytém pierwszą część tychże od wewnątrz a resztę od zewnątrz według propozycyi Wölflera (*Uiber die von Prof. Billroth ausgef. Resectionen des carc. Pylorus* str. 22); z powodu nierówności światła obu części jelit szycie było nader utrudnioném, wyrównano oba światła w ten sposób, że z części dowodzącéj ujmowano podwójną szerokość ściany, jak to uczynił był już w r. 1881 Schinzinger (*Wien. med. Woch.*, 1881, Nr. 37, str. 1041); dla lepszego zbliżenia do siebie błony śluzowéj założono kilka szwów na téjże; szwem drugorzędnym Lemberta, częściowo zaś kuśnierskim dla szybszego ukończenia operacyi zakończono enterorafiję; znaczną obwodową część resekowanéj krezki zespojono szwem kuśnierskim obustronnie (po obu stronach otrzewny). Wreszcie po oczyszczeniu pola operacyjnego za pomocą wacików sublimatowych (1:1000) przystąpiono do odprowadzenia zeszytego jelita, które znacznie poczerwieniało (z powodu tak długiego działania nań powietrza atmosfery-

cznego); odprowadzenie okazało się niemożliwém, pierścień przepuklinowy mocno jeszcze uciskał, nacięto go więc ostrożnie kilkakrotnie ku górze. Wśród wyraźnego kruczenia wprowadzono ostrożnie jelito zeszyte po ponownem oczyszczeniu do jamy brzusznéj, starając się ściągnąć ku bramie przepuklinowéj miejsce szwu. Podczas całego zabiegu ani kropla kału nie dostała się do jamy brzusznéj a brzegi przeciętéj kiszki oczyszczano ciągle wacikami sublimatowemi. Z powodu znacznego nacieku w mosznach w najbardziéj ku dołowi i tyłowi położonéj zatoce za jądrem prawém uskuteczniono przeciwotwór, wprowadzono gruby dren prawie aż do bramy przepuklinowéj i zespojono ranę za pomocą 3 szwów materacowych z gazy jodoformowéj i szwu kuśnierskiego; opatrunek z gazy jodoformowéj i waty Brunsa. Chorego nawpół przytomnego odniesiono ze sali operacyjnéj o tętnie słabém 100 n. m. Cała operacyja trwała 2½ godziny. Polecono czuwającym, aby chory zachował jak największy spokój, podanie wina i po 10 kropli *Tra. Opii* 3 r. d.

Część resekowana jelita jest 34cm. długa, po dołączeniu zaś odcinka wyżéj resekowanego, miara resekowanego jelita wynosi 36cm.

Przebieg pooperacyjny. Chory w nocy oddać miał 3 wolne stolce (których nie zachowano) i raz wymiotował. 5/8 rano ciepłota 38·0, tętno 108; znaczna bolesność prawéj strony brzucha; przy najlżejszém dotknięciu chory drga (odskakuje); język brzegami wilgotny, w środku suchy, obawa, że rozpoczyna się zapalenie błony brzusznéj. Polecono podawać choremu po 10 kropli *Tra Opii* 4 razy dziennie, zimne (lodowe) okłady na brzuch, odmieniane co 5 minut, ścisłą dyjetę, podawanie mleka kwaśnego, o które chory prosi. 5/8 popołudniu ciepłota 39·4, tętno 128, zresztą stan ten sam. 6/8 rano, ciepłota 38·3, tętno 104, lekka żółtaczka osobliwie na białkówkach ocznych widoczna, zresztą stan ten sam. Terapija ta sama. 6/8 wieczór, ciepłota 38·8, tętno 120, chory dość swobodny; znaczne przesączenie opatrunku; zmiana tegoż dolne warstwy jego (ku mosznom) mocno cuchnące; moszna znacznie obrzmiałe. Na mosznach porobiono (około 5) głę-

bokie nacięcia podłużne; z miejsc naciętych odpłynęła obficie ciecz surowicza mocno cuchnąca; przestrzykano dokładnie ranę i dren 5% karbolem i sublimatem (1:1000); opatrunek jak pierwszym razem. 7/8 rano, ciepłota 38·7, tętno 100, język suchawy, brzuch niebolesny, żółtaczka wybitna, *tenesmus*. Polecono choremu nie przeć do oddania stolca i podawać mu dalej *Tra Opii*, 3 r. d.; godz. 12 r. śpiączka, tętno 100 pełne. 7/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 104, brak bolesności brzucha, pragnienie. 8/8 rano, ciepłota 38·0, tęt. 104, język wilgotny; chory w nocy oddał znaczną ilość moczu (2 kaczki) i sam o tém wspomina; bębnica na całej przestrzeni brzucha; brak bolesności tegoż; lekkie zaczerwienienie dolnéj jego części; przesiąknięty mocno opatrunek zmieniono; brak cuchnienia opatrunku i rany; znaczny obrzęk moszen rozciągający się i na stronę prawą; przy uciskaniu na brzegi rany wypływa kroplami z pomiędzy węzłów ropa; usunięto dla tego szew materacowy i dolną część szwu kuśnierskiego do połowy rany, poczém z głębi téjże obficie wydobywa się ropa. Powięź pokrywająca sznurek nasienny okazała się obumarłą a pod nią znajdujące się powietrze wypuszczono przez wycięcie téjże. Nacięto w kilku miejscach worek mosznowy również i po stronie lewéj, wycięto strzępy nekrotycznych tkanin naokoło miejsc poprzednich nacięć, połączono ze sobą dostępne podminowania zakładając przeciwotwory i po dokładnéj irygacyi rany i miejsc naciętych 5% wodą karbolową i rozczynem sublimatu (1:1000), opylono miejsca dostępne rany jodoformem, wytamponowano ranę i nacięcia możliwie wysoko gazą jodoformową a przez spółkujące rany nawskróś przeprowadzono gazę jodoformową. 8/8 wieczór, ciepłota 38·3, tętno 104, obfite poty przez cały dzień. 9/8 rano, ciepłota 37·7, tętno 96, język suchawy, żółtaczka mniéj wybitna, bębnica również zmniejszyła się, chory swobodny. Terapija ta sama. 9/8 wieczór, ciepłota 38·3, tętno 100. Chory nieco nieprzytomny i majaczy, język jednak ma wilgotny, brzuch niebolesny, jednak wzdęty; przy lekkim ucisku po stronie prawéj brzucha słychać kruczenie; chory wnet oprzytomniał zupełnie. O godz. 4éj popoł. oddał stolec rzadki w skąpéj

ilości (stolca nie zachowano). 10/8 rano, ciepłota 37·7, tętno 96, język wilgotny, twarz nieco więcéj zapadnięta, również oczy głębiéj w oczodołach; opatrunek przesiąknięty zmieniono, przyczém okazał się tenże cuchnącym; strzępy nekrotyczne w znacznéj ilości wycięto nożyczkami Coopera, przyczém niemal całą przednią i górną powierzchnię prawego jądra obnażono z nekrotycznych tkanin; po dokładném oczyszczeniu rany karbolem i sublimatem i insuflacyi jodoformu opatrunek jodoformowy. 10/8 wieczór, ciepłota 38·0, tętno 84, chory po południu oddał rzadki żółto zabarwiony stolec; chory jest apatyczny, odpowiada tylko na zadane pytania; opaskę zwalaną kałem zmieniono; o godzinie 8éj wieczorem chory czuje i stwierdzić można słuchem i dotykiem przelewanie się w kiszkach osobliwie po stronie prawéj brzucha; chory przytém ma parcie na stolec; chcąc przeszkodzić oddaniu stolca wprowadzono do prostnicy czopek zawierający 0·01 morfinu, poczém parcie wnet ustąpiło. Polecono dnia następnego wprowadzić rano i popołudniu po jednym czopku morfinowym. 11/8 rano, ciepłota 38·0, tętno 96, zmiana przesiąkniętego, cuchnącego opatrunku; wycięcie strzępów nekrotycznych. 11/8 wieczór, ciepłota 39·0, tętno 104, język suchy; podano 1·00 *Chin. muriat.* 12/8 rano, ciepłota 37·5, tętno 96, stłumienie powyżéj pachwiny prawéj (zaczerwienienie ustąpiło), język wilgotny; zmiana opatrunku i usunięcie strzępów nekrotycznych; podano choremu wódkę, wprowadzono 1 czopek morfinowy i 3 razy dziennie po 10 kropli *Tra Opii.* 12/8 wieczór, ciepłota 38·00, tętno 104, język suchy, brzuch niebolesny, chory swobodny, obfite poty, chory oddał stolec. 13/8 rano, ciepłota 37·5, tętno 96, język wilgotny, chory swobodny, zmiana opatrunku, usunięcie strzępów zgorzelinowych. Podczas opatrunku chory dostał parcia na stolec i oddał nieco żółto zabarwionego rzadkiego kału; polecono w ciągu dnia podać 30 kropli *Tra Opii simpl.* 13/8 wieczór, ciepłota 38·0, tętno 96. 14/8 rano, ciepłota 37·7, tętno 96, język wilgotny, chory swobodny, zmiana opatrunku, rana pokryta ziarninami, mniejsza ilość strzępów zgorzelinowych. 14/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 96. 15/8

rano, ciepłota 37·2, tętno 108, język obłożony; zmiana opatrunku, chory ma biegunkę; jak często oddaje stolec, dowiedzieć się trudno, tylko chory podaje, że pokarm przez niego prędko przelatuje! 15/8 wieczór, ciepłota 38·3. 16/8 rano, ciepłota 37·5, tętno 94, (12 dzień po operacyi *fistula stercoral.*, *parotitis*), zmiana opatrunku; po zdjęciu tegoż sączy się kał żółty, rzadki z górnéj wewnętrznéj zatoki górnéj części rany; prócz tego zauważono bolesny obrzęk okolicy prawego gruczołu ślinnego przyusznego; polecono okłady lodowe na obrzęk. 17/8 rano, obrzęk gruczołu przyusznego zwiększył się; badanie wykazuje prócz powiększenia, bolesność i zaczerwienienie tegoż; przy zmianie opatrunku kał żółty, rzadki w górnéj części rany w ilości 2 łyżek; polecono nadal okłady zimne na okolicę gruczołu przyusznego. 18/8 rano, obrzęk gr. przyusznego wzrósł do wielkości jaja kurzego, chory doznaje w nim rwącego bólu; podczas zmiany opatrunku brak kału w ranie; przy naciśnięciu na powłoki brzuszne wydobywa się parę kropli żółtéj ropy z otworu, z którego przedtém kał wypływał; otwór ten rozszerzono ostrożnie sondą i włożono weń gazę jodoformową; opatrunek rany jak poprzód. 18/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 96. 19/8 rano, ciepłota 37·2, tętno 96, prawy policzek mocno obrzmiały, gruczoł przyuszny wysadzony, skóra nad nim lekko zaczerwieniona; silny rwący ból w guzie: podczas zmiany opatrunku parę kropli kału w ropie wypływającéj z rany w ilości 2 łyżek stołowych. 19/8 wieczór 38·5. 20/8 rano 37·2, tętno 96, obrzęk gruczołu przyusznego nie zmniejszył się, brak jednak bólu w nim; podczas zmiany opatrunku ciemno żółte (kałowe) zabarwienie zdjętéj gazy jodoformowéj; znaczniejsza ilość (4 łyżek stoł.) brudno żółtéj z kałem zmięszanéj ropy. 20/8 wieczór 38·5. 21/8 rano 37·5, t. 96, opatrunek: brak kału. 21/8 w. 37·5. 22/8 r. 37·5, tętno 80, opatrunek: nieco kału, około 4 łyżek ropy. 22/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 86. 23/8 rano, ciepłota 37·0, tętno 86, opatrunek: około 4 łyżek ropy nieco kału. 23/8 wieczór, ciepłota 37·7. 24/8 rano, ciepłota 37·2, tętno 86, język wilgotny; chełbotanie na tylnym brzegu obrzęku w gr. przyusznego; po głębokiém nacięciu wypływa

około 2 łyżek gęstéj ropy, zmiana opatrunku, około 4ch łyżek gęstéj ropy w ranie; pokarm chorego składa się z kaszy jęczmiennéj, rosołu, wina i śliwek. 24/8 wieczór, ciepłota 38·5. 25/8 rano, ciepłota 37·0, opatrunek, brak kału, około 3 łyżek ropy w ranie; opatrzono także ropień w gr. przyusznym. 25/8 wieczór, ciepłota 38·5. 26/8 rano, ciepłota 37, brak kału w opatrunku, ropień po rozszerzeniu cięcia opatrzono; założono drugi dren. 26/8 wieczór, ciepłota 39·5! 27/8 rano, ciepłota 37·0, w ranie około 4 łyżek kału zmięszanego z ropą. 27/8 w., c. 38·8. 28/8 rano, c. 37·5, t. 96, opatrunek; ropa bez kału w ranie w ilości 2 łyżek stołowych; w. 38·5. 29/8 rano, ciepłota 37·0; zmiana opatrunku; tylko ropa w ranie; w. 38·5. 30/8 rano, c. 37·0, zmiana opatrunku: wyciśnięto nieco ropy z otworu, z którego kał przedtém wydobywał się; wieczór c. 37·8. 31/8 rano, ciepłota 37·0, opatrunek, zresztą stan ten sam; wieczór c. 37·8. 1go września rano, c. 37·0, w. 37·3. 2/9 r. c. 36·9, opatrunek brak kału; w. c. 37·0. 3/9 r., ciepłota 37·0, wieczór 37.5. 4/9 opatrunek; około 2 łyżek ropy, stan bezgorączkowy. 5/9, 6/9, 7/9 stan bezgorączkowy, 8/9 stan bezgorączkowy; zmiana, opatrunku; rana pokryta bujnemi granulacyjami; z miejsca dawnéj przetoki kałowéj wyciśnięto kroplę ropy. 9/9, 10/9, 11/9 stan bezgorączkowy, 11/9 zmiana opatrunku, zresztą stan ten sam, chory dostaje ten sam pokarm co inni chorzy, ma apetyt, rana po ropniu na zabliźnieniu. 14/9 zmiana opatrunku: wyciśnięto nieco ropy z miejsca dawnéj przetoki kałowéj; obfite granulacyje. 20/9 zmiana opatrunku; rana pokryta bujnemi ziarninami; przecięto nowy ropień na przednim brzegu gr. przyusznego, z którego wydobyła się około łyżeczka ropy. Pozwolono choremu przechadzać się. 27/9 chory kilka razy dziennie przechadza się po sali. Zmiana opatrunku; rana znacznie zmniejszona pokryta bujnemi ziarninami, gdzieniegdzie pokryta białemi wysepkami przybłonka; rany po nacięciach na mosznach zupełnie zabliźnione; jądro pokryte zupełnie utkaniem bliznowatém; przytuszowano ranę laseczką azotanu srebrowego.

Przypadek opisany przedstawia kilka ciekawych szczegółów; najpierw służy nam jako przykład, że i wśród niekorzystnych warunków resekcyja jelita udać się może; do niekorzystnych warunków zaś policzyć muszę przedewszystkiém stan septyczny, w jakim chory znajdował się przed operacyją i który trwał przeszło 3 tygodnie po operacyi, daléj brak odpowiedniego przygotowania do operacyi, odpowiedniéj liczby asystentów, brak światła podczas operacyi itd. Korzystny wynik operacyi zawdzięczyć należy ściśle przeprowadzonéj antyseptyce, dokładnéj enterorafii (?), częstemu starannemu usuwaniu części zgorzelinowych, ściągnięciu pętli zeszytego jelita jak najniżéj ku bramie przepuklinowéj, podawaniu częstemu narkotyku i pokarmów tylko płynnych, antyflogozie przez zastosowanie okładów lodowych na powłoki brzuszne podczas zadrażnienia otrzewny. Do korzystnego wyniku przyczyniły się również miejscowe zlepy i zrosty na około przetoki kałowéj. Przypadek nasz poucza, że użycie jedwabiu do enterorafii, pomimo starannego szycia (szwu trójwarstwowego), nie jest w stanie zapobiedz powstaniu przetoki kałowéj i że dostaniu się kału do jamy brzusznéj zapobiedz można przez ściągnięcie możliwie nisko miejsca enterorafii lub téż nawet przyczepienie za pomocą szwu tegoż miejsca do bramy przepuklinowéj albo do skóry, jak to polecił był Verneuil (König: *Chirurg.* III wyd., II tom, str. 315). Do uciśnięcia jelita przed przecięciem użyto z korzyścią wielkich kleszczy Péana z nałożonemi na końce tychże drenami; uczyniono to dla braku uciskadeł Wehra lub Rydygiera, które uważam za pewniejsze uciskadła (dla jednostajnego ucisku) a nadto oszczędzają one wiele miejsca. Że w naszym przypadku ważyliśmy się na enterorafiję i pogłębienie jelita w obec stanu septycznego, można uważać za krok zbyt śmiały i słusznie mógłby nam uczynić ktoś zarzut, czy nie lepiéj byłoby w naszym przypadku założyć czasowo sztuczną odbytnicę. W odpowiedzi i na usprawiedliwienie nasze nadmieniamy, że z pewnością nie było można rozpoznać stanu septycznego w obec tego, że język chorego był wilgotnym, uwięźnienie trwało dopiero 2 dni, chory nie miał

dreszczów, nie miał wybitnéj żółtaczki; zresztą wynik korzystny naszego zabiegu w znacznéj części nas usprawiedliwia. Ciekawém i rzadszém zjawiskiem w naszym przypadku była znaczna nierówność świateł resekowanych części jelita; do wyrównania tychże użyliśmy prostego sposobu chwytania w szwy większych odstępów z części mającéj większe światło, nie wiedząc zupełnie o tém, że w ten sam sposób poradził był sobie już w r. 1881 Schinzinger (l. c.); czy sposób ten zwężenia światła wywołał niedokładność dostatecznego zbliżenia świateł i rozejścia się szwów, trudno rozstrzygnąć; wycięcie odcinka jelita z szerszego światła, jak to zaproponował Rydygier (*Berl. klin. Woch.*, 1881, Nr. 42, str. 620 i *Volkmanns Samml. klin. Vortr.*, Nr. 220, str. 2000), sfałdowanie większego światła, jak to uczynił był Billroth (*Wien. med. Woch.*, 1879, Nr. 1, str. 3), ścięcie jelita ukośne podług polecenia Wehra (*Deutsche Ztschr., f. Chir.*, t. XVII, str. 102), albo wreszcie zeszycie częściowe większego światła uważaliśmy za zabiegi bardziéj skomplikowane a ostatni nawet wydaje się nam być niebezpiecznym z powodu możliwych zastoin kałowych w powstającéj ztąd torbie. Uwzględniliśmy w naszym przypadku przestrogę Kochera, który radzi dokładnie zbadać osobliwie górny odcinek jelita przed enterorafiją i wyciąć wszystko podejrzane na podstawie doświadczeń, które wykazują, że w kierunku doprowadzającego jelita zgorzel osobliwie lubi postępować. Korzystnym warunkiem w naszym przypadku był brak znaczniejszéj ilości kału przy częściach resekowanych; na ważną tę okoliczność, że wypełnienie jelita kałem znacznie pogarsza udanie się operacyi, zwrócił uwagę Kocher (*Centralbl. f. Chir.*, 1880, Nr. 29) już w r. 1880; Kocher radzi nawet (l. c.) wypuścić ostrożnie podczas operacyi treść z jelita doprowadzającego do naczynia podstawionego. Jak ważném jest przygotowawcze wypróżnienie jelita, udowodnił także Rydygier (*Berl. klin. Woch.*, 1881, Nr. 43, str. 632) swojemi doświadczeniami na zwierzętach.

Wśród objawów stłumienia okolicy brzusznéj dolnéj po stronie prawéj i uporczywéj biegunki wystąpiła dwunastego

dnia po operacyi przetoka kałowa, która bez żadnych groźnych następstw utrzymywała się przez dni jedenaście, poczém ustąpiła bezpowrotnie; prawie równocześnie powstało zap. gr. przyusznego, które uważać można jako jeden z objawów stanu septycznego, częścią téż jako zadrażnienie gruczołu przyusznego na drodze odruchowéj (sympatyczna *parotitis)* z powodu sprawy zapalnéj na około prawego jądra. Przeciw uporczywéj biegunce podawaliśmy *Tra Opii simplex* i morfin w czopkach bez widocznego jednak polepszenia; biegunka będąc objawem *sepsis* ustąpiła dopiero z ustąpieniem stanu gorączkowego i reszty objawów stanu septycznego. Podnieść musimy wielkość resekowanego kawałka jelita (36cm.). W obec tego, że operacyja resekcyi jest stosunkowo nową, że statystyka jéj jest niedokładną, uważaliśmy za obowiązek ogłoszenie naszego przypadku i zdaniem naszém nawet przypadki nieudałe powinny być skrzętnie zbierane i ogłaszane. Co się tyczy osobistego zapatrywania na tę operacyję i sprawę zakładania sztucznéj odbytnicy, to ten ostatni zabieg ograniczać należy tylko do najgorszych przypadków; gdzie upadek sił jest bardzo znaczny, gdzie istnieje już zapalenie błony brzusznéj, gdzie *sepsis* jest wybitną lub już istniejąca albo grożąca zgorzel każą się obawiać stanu septycznego; w 2 przypadkach przez nas obserwowanych, gdzie założono sztuczną odbytnicę w obec przepukliny zgorzelinowéj przebieg gojenia trwał prawie rok cały, jeden przypadek zaś zakończył się śmiercią chorego w skutek wyniszczenia. Resekcyja jelita z następową enterorafiją i pogłębieniem niezupełném, t. j. pozostawieniem zeszytéj pętli w bramie przepuklinowéj, wydaje nam się być operacyją zupełnie racyjonalną i odpowiadającą zupełnie wymaganiom nowoczesnéj chirurgii.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego."

Karków 1886. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.